

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL DESPACHO DIRECCION		Código Regional	11		
			Código Centro	101000		
			Fecha Elaboración	Abril de 2026		
			Versión	ENERO - 1.26		
			ID de Proceso	17208-461297		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: GENNY JOHANNA OSPINA RINCON Cédula de Ciudadanía: 53.154.568 Correo electrónico: gospinar@sena.edu.co IP/Nº de contacto: Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 03391327628 Presta Servicios Excluidos de IVA: SI Pertenece al régimen simple de tributación: NO Es declarante de renta por el año gravable 2025: NO				
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? NO Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600 NO Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA) NO ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? NO Concepto del pago corresponde a: Ninguno TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%						
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:	9138574/2026	Nº Compromiso SIIF	23826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales para brindar el servicio de orientación ocupacional con enfoque diferencial y contribuir al cumplimiento del indicador personas orientadas y colocaciones de población víctima del					
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 39.312.000	
Número de pago	4	Valor Bruto Pago:	\$ 4.368.000,00	Valor Total del Contrato:	\$ 49.795.200	
				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 34.944.000	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios	\$ 4.368.000	Ninguno	0,00%			
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.368.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0			
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.566.900		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.566.900,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		-----	72641605	Base retención en la fuente a título de ICA	3.868.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 218.900	\$ 218.900		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 280.200	\$ 280.200		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ -	\$ 0		Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ 9.200	\$ 9.200		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	37.374,00	0,966%
	\$ -				0,00	0%
	\$ -				0,00	0%
	\$ -				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -				0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 436.800			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$41.375.460	\$ 856.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.959.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			VALOR A PAGAR	\$4.330.626,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se realiza atención y orientación en el aplicativo a usuarios Víctimas de Conflicto Armado de manera presencial el Centro de Encuentro						
Asistencia según cronograma Centro de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas del Conflicto Armado Rafael Uribe Uribe						
Se inicia gestión para la inscripción de curso de manipulación de alimentos para la Población Víctimas de Conflicto Armado de la Local						
Se realiza atención, orientación y publicación de las diferentes vacantes en el aplicativo vía telefónica según asignación base						
Mediante llamada telefónica para gestionar base asignada, se realiza orientación para la postulación de vacantes y oferta de los servi						
Participación en la feria del día de la Memoria y Solidaridad con las Víctimas del Conflicto Armado.						
Participación en el Comité virtual de la mesa Distrital ESCNNA, según programación estipulada al iniciar la vigencia 2026.						
Organización y planificación con el área de Bienestar al aprendiz de las actividades para la atención y orientación Servicios APE						
Verificación, revisión y aprobación acta del Comité Local de Justicia Transicional Localidad de San Cristobal.						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				 GENNY JOHANNA OSPINA RINCON EL CONTRATISTA		
1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO PROFESIONAL G03		
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)						

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	53154568	GENNY JOHANNA OSPINA RINCON	cra 1b 22 53 sur	8657880	arhytalentum@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72641605	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53154568	GENNY JOHANNA OSPINA RINCON		cra 1b 22 53 sur	8657880	arhytalentum@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72641605	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Costas	Sueldo	Extranjero	Docum. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	MS	SA	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 53154568	OSPINA RINCON GENNY JOHANNA	59	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de abril de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	1011268117	SARA AITANA NIVIA OSPINA	HIJO
-------------------	-------------------	---------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: Genny Johanna Ospina Rincon
C.C. 53154568



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 62735091

NUIP 1011268117



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A 1 H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 50 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito
Primer Apellido NIVIA Segundo Apellido OSPINA
Nombre(s) SARA AITANA
Fecha de nacimiento Año 2024 Mes JUN Día 26 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de castigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo 24064411022992

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos OSPINA RINCON GENNY JOHANNA
Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 53154568
Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos NIVIA JIMENEZ HERMES ALFREDO
Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1026290627
Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos NIVIA JIMENEZ HERMES ALFREDO
Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1026290627
Firma

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de Identificación (Clase y número)
Firma

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de Identificación (Clase y número)
Firma

Fecha de inscripción Año 2024 Mes JUN Día 28
Nombre y firma del funcionario que autorizó GABRIEL URIBE ROLDAN

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento GABRIEL URIBE ROLDAN

ESPACIO PARA NOTAS
OTRO: ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 217 FOLIO 155;28/06/2024

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARÍA 50 DE BOGOTÁ, D.C.

REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de Hermes Alfredo Nivia Jiménez
Bogotá D.C. 02 JUL 2024

